

## PIELONEFROSTOMIAS SIN DRENAJES NEFROSTOMICOS

Por los Dres. RICARDO BERNARDI y SIMON WAIMBERG

El objeto de este trabajo es el de destacar los buenos resultados obtenidos en 2 casos de pielonefrotomías repetidas en litiasis recidivadas, *sin el empleo de los clásicos drenajes transrenales*, que la Escuela Francesa logró imponer como un axioma desde hace tantos años en este tipo de cirugía, y que nuevos conceptos tienden a restringir su uso a los casos en que la lesión se acompaña de una gran dilatación de las cavidades pielocaliciales o de franca obstrucción ureteral no corregida.

Caso 1. — M. E. B. 17 años; soltera; argentina. En abril de 1956 se le efectúa una pielclitotomía y nefrotomía derecha por litiasis pielocalicial del mismo lado; sonda de Pezzer pielostómica temporaria que es retirada al sexto día. Al noveno se efectúa un cateterismo retrogrado ureteral, dejándole el tubo durante unos días a fin de facilitar el cierre de la fistula lumbar. Dada de alta 20 días después, nos consulta al mes siguiente por lumbalgia derecha, hematuria de tipo terminal y trastornos disúricos. La sintomatología mejora con tratamiento terapéutico. Con posterioridad es admitida nuevamente en el Servicio donde se le efectúa la resección de un queloide en la cicatriz lumbar. En el año 1957 se la vuelve a examinar por aquejar dolores lumbares bilaterales a predominio derecho a veces con caracteres cólicos acompañados de fiebre y escalofríos. El examen radiológico revela la existencia de una "litiasis pielocalicial derecha recidivada". En abril del cte. año se procede a reoperar el riñón derecho. Se comienza por efectuar la pielotomía, aunque, ante la imposibilidad de alcanzar los cálculos por esta vía, se completa con una "nefrostomía parcial polar inferior" por cuya incisión se extraen un gran cálculo piélico y otros más pequeños y numerosos a localización calicial inferior. El cierre de la nefrostomía se efectúa interponiendo un trozo de aúrcil en los labios de la herida y 2 amplios puntos en U con catgut cromado O. La pielotomía es sólo afrontada con un punto de catgut simple O.; drenaje para-renal y postural y cierre por planos sin sonda nefrostómica. Evolución post-operatoria buena con oclusión de la fistula urinaria-lumbar.

Caso 2. — J. T. 53 años; checoslovaco; casado. Diagnóstico: Litiasis renal bilateral. En el año 1953 se le efectúa una "pielonefrostomía derecha" a través de cuyas incisiones se extraen sendos cálculos: piélico y calicial inferior. Tubo nefrostómico a través de la nefrostomía y de polytán a través de la incisión piélica con un extremo lumbar y el otro ureteral. 23 días después de la intervención es dado de alta en buenas condiciones aparentemente curado. Reingresa en mayo de 1957 por "litiasis renal derecha recidivada". Reoperado el 3 de junio del cte. se procede a efectuar la pielonefrostomía. A través de la pelvis se extrae un cálculo coraliforme; otro más pequeño localizado en el cáliz inferior es abordado por nefrostomía polar inferior. La incisión de la pelvis se cierra en forma incompleta con catgut simple O.; la renal, es afrontada interponiendo Oxycel y 2 puntos en U transparenquimatosos con cromado O. Se deja drenaje para-renal postural sin tubo transrenal y se cierra por planos en forma clásica. Buena evolución post-operatoria siendo dado de alta 10 días después de la intervención.

## COMENTARIOS

La nefrotomía realizada frecuentemente para la litiasis es una intervención que cuando es amplia se acompaña con relativa frecuencia de hemorragias secundarias (12 % Rehn) muy peligrosas, que obligan a practicar una nefrectomía de urgencia a pesar del empleo de hemostásicos absorbibles (Spongostan, oxycel, etc.).

Fuera de la hemorragia por infarto secundario de los vasos, la recidiva calculosa y las fístulas temporarias o definitivas pueden presentarse como complicación de una nefrotomía.

De todas estas complicaciones de la nefrotomía, la hemorragia ocupa el primer plano y desde hace más de 50 años, se realizaron numerosas experiencias con el objeto de establecer la causa: a) infección; b) trombosis infecciosa; c) aumento de la presión intrarrenal como resultado de una defectuosa posición post-operatoria; d) presencia de coágulos sanguíneos en la pelvis renal; f) infarto secundario del riñón con hemorragia consecutiva, etc., etc.

Desde los tan discutidos estudios de la irrigación sanguínea renal que efectuaron Max Broedel y otros, se han propuesto varios métodos de incisión utilizando algunos el bisturí y otros, como Cullen y Derge, un alambre de acero que aplicaban sobre la línea avascular; en la práctica los resultados fueron poco satisfactorios. Teniendo en cuenta que la principal complicación de las nefrotomías era la hemorragia, Rehn, Magoun y Jianu propusieron varios métodos de sutura renal. Ciminata, en 1922, interponía un trozo de músculo en los labios de la incisión, el que suturaba luego a la glándula. Hagenbach, en 1923, utilizaba músculo o tejido adiposo en la superficie externa del riñón para que las suturas empleadas tuvieran un soporte sólido. En su experiencia de 9 casos, no hubo tendencia a la hemorragia.

En 1924, Magoun, en 26 nefrotomías experimentales en el perro, concluye que en 14 de ellos había disminución de la función renal, la que se hallaba en relación directa a la cantidad de tejido destruido. Esto confirmaba lo sostenido desde 1911 por Moore y Corbet, quienes después de interesantes experiencias llegaron a las conclusiones siguientes:

- 1º) Una nefrotomía destruye siempre una cierta cantidad de parénquima.
- 2º) La destrucción renal no sólo queda limitada al sitio de la incisión, se extiende mucho más allá.
- 3º) La función renal como consecuencia de la nefrotomía se altera y reduce.
- 4º) Histológicamente se comprueba un gran daño del parénquima.

Goldstein y Carson efectuaron experiencias con nefrotomías en perros utilizando 2 métodos. En el primero aproximando solamente ambas mitades del riñón hasta ponerlas en contacto, y en el segundo, interponiendo tejido celuloadiposo en la incisión. Lo interesante de estos estudios es que en ningún caso utilizaron suturas. Con el primer método observaron a los 10 días del post-operatorio que la línea de incisión se hallaba ocupada por un coágulo sanguíneo sin ninguna otra alteración del parénquima renal y a los 14 días tan sólo una delgada cicatriz de más o menos 3 milímetros de ancho.

Con el segundo método también comprobaron una delgada cicatriz de 4 milímetros aproximadamente sin evidencia de zonas de infarto. Los autores concluyeron entonces que la causa de la hemorragia post-operatoria en las nefrotomías era debida a la lesión vascular por las suturas empleadas.

A estas complicaciones, llamémoslas propias de la intervención, conviene agregar las que producen *las sondas o tubos nefrostómicos*, cuyo uso muy en boga no siempre es necesario, como lo han demostrado experimentalmente Coleman Hann y Sidney Weinberg, quienes exaltan la nocividad de tales drenajes.

Experiencias en el perro y el conejo, reproducidas clínicamente en el hombre, demuestran que las sondas nefrostómicas producen infección y pielonefritis que conducen, con un período de latencia más o menos largo, a la *insuficiencia renal*, trayendo aparejados a veces trastornos del *equilibrio electrolítico*.

Además, y éste es el principal motivo de esta presentación, en presencia de gérmenes que desdoblen la urea, pueden producir *incrustaciones y calculosis* recidivantes de difícil tratamiento.

Hann y Weinberg *reemplazan* los drenajes en tubo por incisiones piélicas de 1 a 2 cm. de longitud que *no suturan* y en ocasiones efectúan el cierre de la misma dejando una contra-abertura en la cara opuesta.

Nuestra experiencia, con estos conceptos modernos vertidos, es bastante pequeña y sólo se reduce a los 2 casos antes mencionados. Sin embargo, sumados a la experiencia de otros permiten fijar un cierto plan a seguir, que nos parece, por lo menos, interesante puntualizar:

1º) Las pielotomías y ureterotomías no deben ser seguidas de tubos nefrostómicos ni sondas ureterales. Tampoco es necesario colocar suturas de afrontamiento, por lo menos, en forma obligatoria. Un buen drenaje tipo Penrose, pararenal, peripélico o periureteral (según la incisión que se utilice) asegura, la mayor parte de las veces, la evacuación de exudados o de la misma orina.

2º) Las nefrostomías no necesitan de sondas o tubos nefropielostómicos. Referente a las suturas, nosotros las empleamos a la manera de Jordan y Towskey. Consideramos de fundamental importancia dejar drenajes pararenales, los que deben permanecer entre 5 y 7 días, debiendo ser retirados por acortamiento progresivo a partir del tercero.

De esta manera y siguiendo los conceptos originales vertidos por Coleman Hann y Weinberg y Jordan y Towskey, sobre la exclusión de los nefrostómicos y ureterales en las incisiones renales piélicas y ureterales, habremos simplificado las intervenciones, evitado el peligro de infección, hemorragias post-operatorias y recidiva en la litiasis.

Está demostrado por experiencias en animales y humanos que el fantasma de la *fístula urinaria* por falta de drenaje intracanalicular o imperfecta sutura del parénquima, de la pelvis o del uréter es más aparente que real, estando condicionada solamente a la presencia de una obstrucción.

La única excepción, a nuestro juicio, está dada cuando la lesión renal se acompaña de medianas o grandes cavidades pielocaliciales: *el tubo nefrostómico* resulta imperioso por las razones conocidas.

#### DISCUSIÓN

*Dr. Dotta.* — Esta interesante comunicación de los doctores sería un excelente ejemplo de la tendencia actual que tienen algunos urólogos acerca del empleo de tubos de nefrostomía en las intervenciones por litiasis renal.

Pero llama la atención en este caso cuál es la causa de la recidiva de esa litiasis en un tiempo relativamente breve. Si no me equivoco, desde aquí me parece ver en la radiografía hecha en el post-operatorio de la última intervención, que hay una zona en el uréter lumbar que parecería ser de una ureteritis esclerosa estenocante, lo cual podría ser la causa. O bien podría ser, tal vez, la consecuencia del acto quirúrgico anterior con adherencias que se hacen en esa zona del uréter.

—Se exhiben nuevamente las radiografías.

*Dr. Itazu.* — Quería referirme a otro aspecto de este trabajo, que es muy interesante.

Yo creo que la pielostomía, como operación de drenaje, debiera ser más realizada de lo que se acostumbra a hacerla. Es, sin duda, el drenaje menos complicado, como han dicho los autores, porque no lesiona el riñón y no provoca los peligros que generalmente ocurren. Últimamente, la estoy realizando en todos los casos posibles y a entera satisfacción, de manera que me parece muy interesante que se recalque un poco este acto operatorio, que es tan sencillo, por cierto, en todos aquellos casos en que sea posible realizarlo.

*Dr. Schiappapietra.* — Nosotros no hacemos drenajes en la nefrostomía sino muy excepcionalmente. De manera que entonces la herida, la incisión de la nefrostomía no se altera con ningún drenaje. Por otra parte, cuando las cavidades son grandes y ocupan posiciones polares, se prefiere otro tipo de operación a tener que dejar un drenaje que no sea declive.

En el caso de las litiasis con dilatación pielocalicial grande, las considero secundarias y evidentemente yo he tenido que reoperar enfermas ya operadas en servicios de cirugía general en que se limitaban a la extirpación del cálculo y no a la corrección de la causa, y casualmente he tenido dos enfermas en las que la lesión era bilateral. De manera que las causas de la recidiva son múltiples indudablemente, pero una de las causas esenciales es, sin lugar a dudas, el defecto del drenaje ureteral. Yo entiendo que hay que tratar de subsanar ese defecto en la forma factible, sin que sea indispensable el drenaje, y sobre todo el drenaje superior a través de la incisión nefrostómica.

Por ello repito que, siempre, tratamos de corregir el defecto del drenaje y, como dije hace un instante, cuando las cavidades son grandes y son polares, entonces vamos a otro tipo de intervención.

*Dr. Bernardi.* — Evidentemente, lo que llama la atención es que nosotros, en el primer caso, en la primera intervención, no sólo extirpamos el cálculo, sino que colocamos un tubo nefrostómico, un gran tubo de polietileno, el cual lo dejamos varios días. Luego, como ustedes habrán visto, la enferma hizo una esclerosis. Por eso que nosotros, al igual que los autores, ya no nos entusiasbamos tanto con los drenajes porque entendemos que esa pretensión de corregir el dinamismo dilatando la supuesta estenosis mediante el cateter, no hace más que aumentar la esclerosis. Los enfermos que pierden orina durante un tiempo a través de una nefrostomía, generalmente por reacción, tienen una esclerosis secundaria, de manera que tratamos en lo posible de drenarlos con mucho cuidado para que el enfermo no se moje por fuera, sobre todo teniendo en cuenta que la orina es un elemento esclerógeno de primera importancia.